

9

DE LA THORACENTÈSE

COMME MOYEN DE TRAITEMENT

DES ÉPANCHEMENTS PLEURÉTIQUES RÉCENTS

2

DE LA THORACENTÈSE

Extrait de L'UNION MÉDICALE, nouvelle série,

JUIN 1864.

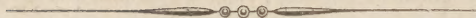
DE LA THORACENTÈSE

COMME MOYEN DE TRAITEMENT

DES ÉPANCHEMENTS PLEURÉTIQUES RÉCENTS ⁽¹⁾

Par le Docteur BÉHIER

Médecin de la Pitié, etc.



Je comptais, Messieurs, me mêler une fois encore à la discussion ouverte sur la thoracentèse, mais craignant que la Société ne fût fatiguée de ce sujet, j'avais renoncé volontiers à vous en occuper dans la dernière séance, lorsque vous avez bien voulu me maintenir la parole pour *résumer*, comme ont dit plusieurs membres, la discussion à laquelle j'avais eu l'honneur de présider.

Cette expression de résumé a dû m'imposer la nécessité de changer quelque chose à la forme de ce que je devais dire; mais cependant n'attendez pas de moi un *résumé* de président, quelque chose qui soit semblable à ce que fait un président d'assises, par exemple. Je ne saurais me borner à ce rôle qui me conduirait à une simple énumération des opinions qui ont été émises, à la rédaction d'une pure table des matières. Ce serait chose fastidieuse pour vous, peu agréable pour moi. Exiger cette réserve, serait d'ailleurs établir, entre situations tout à fait différentes, une similitude boiteuse et par trop arbitraire. Le président des assises peut bien restreindre son résumé à la simple énumération des faits, parce qu'il est chargé de poser aux jurés les termes d'une discussion nouvelle à laquelle ils doivent se livrer entre eux. Nous n'avons rien de semblable dans l'espèce. Le jury pour nous est au dehors; c'est le public, c'est la Presse médicale, et je n'ai pas la prétention de poser les questions à ces jurés redoutables ou de tracer le cercle dans lequel leur appréciation doit se ren-

(1) Extrait des procès-verbaux de la Société médicale des hôpitaux de Paris (séance du 25 mai 1864).

fermer touchant la discussion qui a eu lieu dans notre Société sur l'intéressante question qui nous a occupés.

Je vous demande donc la permission de vous présenter une revue critique des diverses opinions émises dans la discussion. Vous voyez par conséquent que, nécessairement, je serai porté vers un des partis qui divisent notre Société sur la question de la thoracentèse, puisque j'ai déjà montré que je penchais complètement vers l'un d'eux, et qu'on ne tombe jamais, comme l'a dit un de mes amis, que du côté où l'on penche.

J'ai entendu quelques personnes avancer que cette discussion, ouverte ici, sur les avantages et les inconvénients de la thoracentèse, était une discussion inutile. Je ne le pense nullement. D'abord, ce qui prouve qu'elle ne l'est pas, c'est qu'elle a eu lieu et qu'elle a occupé bon nombre de vos séances, de janvier à mai 1864. Or, il me paraît impossible d'admettre qu'une discussion inutile occupe aussi longtemps des hommes tels que vous, et, en outre, je suis de ceux qui pensent que les questions portent en elles-mêmes leur force et leur puissance, et que, quand elles sont utiles, elles se posent quand même, et veulent être examinées bon gré mal gré. D'ailleurs, la discussion a-t-elle été stérile? Je ne le crois pas. Elle a mené la question plus loin que ne l'avait laissée l'excellent rapport de notre collègue M. Marrotte, document précieux, parfaitement raisonné, riche d'appréciations rigoureuses, lesquelles, sur beaucoup de points, doivent toujours être considérées comme la règle constante de ce qu'il faut penser. La question qu'il a si bien étudiée déjà en 1853 est donc revenue utilement en 1864, et tenez pour bien certain qu'elle se posera plus d'une fois encore devant vous, que, comme cette fois, elle y reviendra avec de nouveaux faits et avec des appréciations nouvelles et mieux dégagées.

Ce n'est pas qu'il n'y ait eu un certain degré de confusion dans la discussion, comme cela est, du reste, à peu près inévitable. Ainsi, on a peut-être trop souvent parlé, sans distinctions suffisantes, des affections aiguës et des affections chroniques de la pleurésie, au point de vue de la thoracentèse, allant chercher pour et surtout contre l'utilité de cette opération des exemples tantôt dans l'une, tantôt dans l'autre des différentes catégories de pleurésie. Je ne me plains pas absolument de cette confusion, elle a fait produire des remarques précieuses et amené des constatations qui ne manquent pas de valeur. Mais si je ne me plains pas de cette marche de la discussion, permettez-moi de procéder tout différemment et de circonscrire plus nettement mon examen.

Où je me trompe fort, ou ce qui est en question devant vous ce n'est pas l'utilité de la thoracentèse dans le traitement de toutes les affections de la pleurésie, mais bien surtout, et presque seulement, l'utilité de ce mode de traitement dans les affections, je ne dirai pas *aiguës* (le terme serait peut-être encore trop vague), mais bien dans les affections *récentes* de la pleurésie. Et pour préciser plus nettement encore, il faut bien rappeler qu'il n'y a pas eu discussion sur la thoracentèse, appliquée comme moyen ultime de traitement, sur la thoracentèse de nécessité, c'est-à-dire sur celle qui est pratiquée alors que la mort semble imminente et que cette ressource est la seule qui reste. Tout le monde est d'accord sur ce point, et tout le monde accepte alors la valeur de ce précepte : « *Mælius anceps quam nullum...* » Non, la discussion a porté sur la valeur de l'opération pratiquée avant ce moment extrême, à titre de moyen plus sûr, plus efficace que ceux mis en usage jusque-là, et sans attendre l'indication

que pose en termes si redoutables la dyspnée violente ou une sorte de commencement d'agonie. Ajoutons que la majorité de la Société a paru d'accord pour redouter la thoracentèse dans les épanchements purulents. C'est là un côté de la question qui semble réservé à une discussion future.

Sur la question formulée comme je viens de le faire, deux camps se sont formés, camps réunis autour de deux drapeaux, dont les couleurs sont les mêmes assurément, mais dont les nuances sont certainement différentes. Car si M. Goupil (séance du 23 mars) a dit que les partisans de la thoracentèse, qui étaient d'un avis différent en parole de leurs adversaires, se rapprochaient d'eux par la pratique, vous savez et vous avez vu que, dans la discussion, nos collègues qui étaient les adversaires de la thoracentèse la pratiquaient, eux aussi, sans grosse hésitation, tout en venant ensuite lui faire des objections peut-être moins méritées qu'ils pouvaient le croire.

Si je regarde ce qui a été dit ici à ce sujet, je vois que la thoracentèse, pratiquée comme moyen de traitement des épanchements récents, a été surtout attaquée par MM. Goupil, Gallard, Woillez et Chauffard. Tous les quatre ont admis plus ou moins et se sont efforcés de démontrer que la thoracentèse, en tant qu'opération, créait pour les malades un danger variable selon l'opinion de chacun. Si le fait était établi, s'il était patent que l'opération est dangereuse en elle-même et non pas exempte de tout damne, comme nous le croyons nous autres qui sommes dans le camp opposé, il est évident que la question serait à peu près résolue, que la thoracentèse devrait être reléguée au nombre des opérations de nécessité, et que son usage, bien loin d'être étendu à des cas multipliés et d'être préconisé pour des applications de plus en plus fréquentes, devrait être aussi restreint et aussi rare que possible.

Voyons donc les faits qui ont été cités comme propres à établir ce grand et habituel danger. Examinons de près leur valeur, cherchons s'ils disent véritablement ce qu'on leur a fait dire.

Et d'abord ceux qu'a produits M. Goupil. Notre excellent collègue, vous le savez, a réuni les faits « un peu trop oubliés, selon lui, par ceux qui préconisent la thoracentèse, » dans lesquels cette opération lui paraît avoir été nuisible. Voyons quels ils sont.

M. le professeur Trousseau, dit M. Goupil, a communiqué à notre Société, en 1849, une observation dans laquelle 2,300 grammes de sérosité ayant été évacués, il survint une vive douleur à l'épaule gauche, que le malade regarda comme goutteuse. M. Trousseau constata la disparition de l'épanchement, mais le lendemain, dans un mouvement violent, le malade mourut brusquement.

« J'ai cru utile, ajoutait notre collègue, de rappeler ce fait; je crois que sa lecture fera » penser qu'il est peut-être téméraire d'affirmer, en 1864, que la thoracentèse n'a pas de » conséquences fâcheuses, soit immédiates, soit éloignées. »

Le fait présenté ainsi en deux mots a une apparence grave au point de vue qui nous occupe. Mais, Messieurs, comme vous l'a très bien fait remarquer mon honorable ami, M. Hérard, dans la même séance, l'histoire de ce malade n'est pas si simple. Il ne s'agit pas seulement d'un mouvement violent qu'aurait fait le malade. Non ! Voici le texte même de M. Trousseau :

« Le lendemain de l'opération, à sept heures du soir, alors qu'il avait été bien jusque-là, » ce malade, très violent, très emporté, veut aller à la garde-robe, refuse un bassin, se lève

» d'autorité, descend de son lit, se tient huit ou dix minutes sur la chaise et revient à son
 » lit. Là il éprouve une orthopnée effroyable. Un quart d'heure après, il se lève encore pour
 » le même motif ; nouvelle et très violente orthopnée. Des remontrances lui sont faites
 » par sa famille sur les mouvements trop compliqués qu'il se permet. Ces observations le
 » font mettre en une grande colère ; il fait approcher le siège percé, se lève avec emporte-
 » ment, et, au moment où il se remet sur son lit, il meurt brusquement. »

M. Hérard avait bien raison de demander si, « de bonne foi, on pouvait accuser la thoracentèse d'avoir déterminé la mort dans ce cas. »

Il n'y a pas eu chez ce malade *un* simple mouvement violent, mais *des mouvements trop compliqués*, comme le remarquait la famille, et des accès de *colère violente*. J'ajouterai que, dans ce fait, rapporté dans vos *Bulletins* (tome I, p. 74, 2^e édition), il y a encore certaines circonstances que l'on peut relever et qui donnent à l'observation une autre figure que celle sous laquelle l'a vue notre collègue M. Goupil. Le malade était « un goutteux souvent atteint de dyspnée sous forme d'asthme. » Quel était l'état du cœur chez lui ? L'observation n'en dit rien. Mais est-il inutile de remarquer cette dyspnée à attaques fréquentes ? En outre, la pleurésie datait de plus de deux mois. M. le professeur Trousseau l'a même intitulée : *Pleurésie chronique*. En quoi ce fait montre-t-il qu'il y ait danger à traiter par la thoracentèse une pleurésie récente ? Il y a nombre de circonstances antérieures à la maladie, nombre d'autres étrangères à l'opération qui expliquent la syncope mortelle survenue chez ce malade, et enfin, l'épanchement n'était pas récent. Je puis me croire autorisé, ce me semble, à dire que cette observation ne prouve pas que la thoracentèse crée de véritables dangers capables de faire repousser cette opération du traitement des épanchements que nous étudions en ce moment.

M. Goupil a cité ensuite le fait de M. Sédillot ou, pour parler plus correctement, le fait de M. Malle. C'est dans la séance du 15 mars 1837 que cette observation a été communiquée à l'Académie de médecine. Vous la trouverez dans le premier volume des *Bulletins* de cette Compagnie (p. 405). Il s'agit d'un malade « atteint d'*hydrothorax* chez lequel on retira, par la paracentèse, une énorme quantité de liquide. Le malade, d'abord très notablement soulagé, éprouva, dans la nuit suivante, une violente dyspnée, l'épanchement se reproduisit très brusquement, et le malade succomba presque aussitôt. Six litres de liquide occupaient la moitié gauche du thorax. » Malheureusement, cette observation est racontée avec un lachisme excessif et qui met dans l'impossibilité absolue d'apprécier la valeur de cet exemple. On avait affaire à un *hydrothorax*, dit l'auteur ; mais à quelle cause faut-il rattacher cet épanchement ? Depuis combien de temps existait-il ? Quelle était la nature du liquide ? Quel était l'état du malade au moment où l'opération a été pratiquée ? Quelle a été la méthode adoptée ? Ces questions ne reçoivent aucune réponse par la lecture de la très courte observation dont il s'agit. Il serait cependant très important d'être renseigné sur tous ces points pour pouvoir juger de la valeur du fait, et cela d'autant plus que, dans les deux premières observations communiquées à l'Académie par M. Malle, il s'agit, pour la première, d'un épanchement purulent ; que de l'air s'est introduit dans la poitrine au moment de la ponction, et qu'on a placé dans l'ouverture une mèche de charpie ou un cordon. Je ne critique nullement, notez-le bien, la conduite qui a été tenue en cette occasion ; mais, pour

accepter que ce fait prouve les dangers de la thoracentèse, il faut, vous en conviendrez facilement, que je puisse bien connaître et bien peser toutes ces circonstances pour en dégager la valeur véritable. Ces éléments font défaut; l'observation perd, à mes yeux, par cela même, beaucoup de l'importance accusatrice que M. Goupil lui a accordée.

Comme autre exemple du danger de l'opération, notre collègue a cité une observation de Legroux, dans laquelle un malade serait mort d'une hémoptysie foudroyante après la thoracentèse. Mais, Messieurs, il m'est encore bien difficile d'accorder crédit à ce fait. Ouvrez, en effet, vos *Bulletins* dans lesquels il a été puisé (tome I, p. 103), qu'est-ce que vous trouverez? L'observation exacte, avec des circonstances qui permettront d'apprécier la part que peut avoir eue la thoracentèse dans la production de cet accident, et qui vous montreront quelle l'a en grande partie déterminé? Non, Messieurs, voici tout ce que vous trouverez : « Dans un autre, qui m'a été rapporté, dit Legroux, une hémoptysie foudroyante » a enlevé le malade après l'opération. » Voilà tout ! Point de détails ; rien sur l'état du poumon ; rien sur l'état du cœur ! Le malade était-il tuberculeux ? Quel était son âge ? L'état antérieur de sa santé ? Rien. C'est là encore un exemple bien peu probant, vous en conviendrez, pour démontrer la nocuité de la thoracentèse ; il rentre bien de tous points, comme le précédent, sous le coup de la critique que mon honorable ami M. Gallard faisait des faits vaguement énoncés et qui manquent de détails suffisants pour être appréciés. Aussi j'avoue que j'ai éprouvé une certaine surprise quand j'ai entendu le même M. Gallard, dire que les faits cités par M. Goupil pouvaient *démontrer* le danger de la thoracentèse. Non. Les faits cités jusqu'ici par M. Goupil ne montrent en rien le danger qu'il attribue à cette opération.

Notre excellent collègue a encore relevé, dans le même but, des observations d'un autre ordre. « Les conséquences éloignées, a-t-il dit, sont quelquefois tout aussi funestes, et je » ne parle pas ici des pleurésies chroniques. » Quels exemples fournit-il à l'appui de ce reproche qui, lui aussi, serait grave ? Tout d'abord cinq malades de M. Gendrin, chez lesquels la pleurésie est devenue chronique après la thoracentèse ; mais M. Goupil remarque lui-même que l'opération avait été pratiquée avec le bistouri, et que M. Gendrin, comme nous le savons tous, ne s'oppose en rien à l'introduction de l'air, circonstance qu'il regarde comme tout au moins indifférente. M. Marrotte a prouvé, dans son rapport, ce qu'il fallait penser de cette pratique. La thoracentèse que nous préconisons n'a rien à souffrir de cette citation.

Puis un fait de M. Barth, cité dans nos *Bulletins* (tome I, p. 336). En vérité. Messieurs, je ne vois pas pourquoi notre collègue a cité ce fait à propos des conséquences éloignées de la thoracentèse pratiquée dans les épanchements récents. Le malade de M. Barth était atteint depuis *six mois*. L'épanchement qu'il portait, né à Paris, avait été, après une amélioration légère, promené par lui à Bruxelles et ramené à l'hôpital de Gonesse, d'où cet individu était sorti pour arriver à l'hôpital Beaujon. Quelle chronicité a pu donner la thoracentèse pratiquée le *sixième mois* à un semblable épanchement ? Cette observation, dans laquelle quatre ponctions furent pratiquées (voyez le complément de cette observation, *Bulletins*, tome II, p. 313), ne devrait pas figurer comme pièce de conviction au dossier qu'a ouvert notre collègue contre la thoracentèse. J'en dirai autant, qu'il me le permette, du fait rapporté par lui en commun avec notre ami M. Bernutz (*Clin. méd. sur les maladies des femmes*, t. II, p. 17). Il s'agit là, en effet, d'une femme qui, atteinte d'une péritonite consécutive à une blennor-

rhagie, fut prise, le 19 mars, de pleurésie du côté droit. D'une part, la thoracentèse, pratiquée à juste titre chez cette malade, l'a été alors « qu'elle paraissait sous le coup d'une » asphyxie imminente que la thoracentèse seule semble pouvoir conjurer. » C'était là un fait de thoracentèse de nécessité sur laquelle nous sommes tous d'accord. Elle n'a pas réussi à enlever le mal? D'accord; mais, est-il bien juste de mettre la mort, qui a eu lieu le 12 mai, après 23 jours, sur le compte de la thoracentèse, laquelle a dû être répétée trois fois, et n'est-il pas démontré surabondamment que, sans la thoracentèse, la malade serait morte beaucoup plus vite! Pourquoi donc alors ranger ce fait parmi ceux qui sont inscrits sous ce titre, cas dans lesquels la thoracentèse a eu des conséquences éloignées, funestes? Ne faut-il pas plutôt dire cas dans lequel la thoracentèse a seulement retardé une conséquence funeste? Ce qui est, vous en conviendrez, assez différent.

Enfin, les deux derniers faits de cette catégorie dont a parlé M. Goupil, sont, celui de M. Ch. Bernard et celui de Aran. Dans le premier, il y eut perforation du diaphragme par le trocart, et mort par péritonite; dans le second, perforation du poumon. En bonne conscience, le malheur des opérateurs peut-il être mis sur le compte de l'opération et être signalé comme une preuve des dangers qu'elle peut entraîner?

Que reste-t-il donc, en tout ceci, à la charge de la thoracentèse; où sont donc ces cas malheureux qui paraissent à M. Gallard en nombre *suffisant* pour *démontrer* le danger de cette opération? Vous voyez, par leur examen sérieux et approfondi, ce qu'ils sont. Avons-nous si grand tort de dire que la thoracentèse bien faite est sans danger véritable? Sont-ce les observations réunies par notre excellent collègue M. Goupil qui doivent nous faire renoncer à notre opinion? Je ne crois pas qu'il soit possible de le dire.

Venons à M. Gallard. Mon excellent collègue et ami s'est présenté avec des allures essentiellement conciliatrices. Nous sommes tous à peu près d'accord, selon lui; mais nonobstant il a assez vivement incriminé la méthode de traitement que nous défendons. Elle ne guérit pas plus vite que les autres moyens, nous a-t-il dit, et il nous a cité, d'une part, des faits dans lesquels la thoracentèse n'a pas guéri avant 30 ou 35 jours, et, en regard, des exemples dans lesquels il a fallu seulement de 10 à 27 jours pour guérir des pleurésies considérables sans opération; il a même eu la bonté de citer un fait qu'il a recueilli dans mon service, et dans lequel la maladie grave, l'épanchement très considérable, a été guérie en 22 jours. Mais là n'est pas la question. Il fallait qu'il nous montrât que, dans les cas opérés (mais opérés à bon droit et non pour retirer 800 à 900 gram. de sérosité), la maladie n'aurait pas eu une issue plus fâcheuse sans l'opération, et, pour être entièrement juste dans ses appréciations, il aurait dû prendre comme termes de comparaison, non pas les exemples dans lesquels la thoracentèse a guéri l'épanchement en 30 ou 35 jours, mais bien ces faits de thoracentèse dans lesquels la guérison est immédiate et comme instantanée après l'évacuation du liquide. Il aurait fallu qu'il tint un compte plus sérieux des morts subites observées dans la pleurésie simple; je dis simple, remarquez-le bien. Mon honorable ami et collègue a, je le sais et je le crois, un peu trop joué peut-être sur le mot *mort subite*. Il y a, nous a-t-il dit, des morts subites dans d'autres maladies que la pleurésie, M. Guérard vous l'a rappelé. Oui, certes, nous le savons! Mais cela prouve-t-il qu'il n'y en a pas dans la pleurésie simple? Cela prouve-t-il que la mort subite ne soit pas plus fréquente dans cette maladie que dans toute

autre? Non, assurément; cette mention des morts subites ailleurs que chez les pleurétiques ne prouve rien de semblable. Alors il a pris, en se couvrant du mot de M. de La Palisse, certaines observations de morts subites consignées dans la thèse de M. Négrié, et il les a commentées. La première n'est pas une mort subite, dit-il, car il y a eu une agonie longue et prolongée qui menaçait depuis plusieurs jours. Je le veux bien, la mort n'a pas été subite, imprévue. Mais cela prouve-t-il que la thoracentèse n'aurait pas pu éviter cette mort? car il y a eu mort pas subite, mais mort positive. Dans un autre, l'autopsie montre, chez un malade mort le trente-neuvième jour, une coque fibreuse retenant le poumon, et M. Gallard considère que la thoracentèse n'aurait rien fait à cette lésion. Nous sommes bien de son avis, et c'est pour cela que nous regrettons que la thoracentèse n'ait pas été pratiquée chez un tel malade vers le dixième ou douzième jour; la coque fibreuse, dont M. Gallard relève la présence le trente-neuvième jour, n'était probablement pas formée le dixième, et on aurait peut-être bien évité par l'opération l'affaissement définitif du poumon.

Quant aux caillots observés dans le cœur et dans les gros vaisseaux chez les sujets morts de pleurésie, notre collègue affirme que l'épanchement pleurésie n'a aucune influence sur leur production et que la guérison de l'épanchement n'aurait eu aucune influence pour empêcher leur formation ou pour les faire dissoudre. Sur le dernier de ces points, nous sommes d'accord avec lui, la guérison de la pleurésie par la thoracentèse n'aurait pu et ne pourrait dissoudre des caillots formés; au moins on ne peut pas démontrer que la curation de la phlegmasie pleurale pourrait jamais avoir un tel effet. Mais empêcher leur formation? Oh! nous ne sommes plus d'accord. Certes, c'est quelque chose pour aider à la formation de caillots du cœur que l'existence et la persistance d'une phlegmasie, gênant à tel point la circulation par l'épanchement qui en est la conséquence, que cet épanchement supprime la respiration de tout un côté. M. Gallard en appelle à notre collègue M. Moutard-Martin, qui, dit-il, n'eût pas pu attribuer à un épanchement pleural, ni empêcher par la thoracentèse les caillots qu'il a vus se former dans le cœur d'un de ses malades enlevé dès les premiers jours d'une pneumonie. Notre cher collègue M. Moutard-Martin n'a certes pas la prétention d'attribuer les caillots du cœur observés dans cet exemple, à un épanchement pleural qui n'existait pas, mais il ne repousse nullement l'analogie entre ces deux faits; j'en suis sûr, et il me l'affirme du geste. Il est bien convaincu, et je partage sa conviction, que si un moyen efficace et expéditif avait pu, chez son pneumonique, rétablir immédiatement la plénitude des fonctions respiratoires, il aurait eu, en l'employant, grande chance d'éviter la formation du caillot cardiaque qui a causé la mort.

Le gros crime de la thoracentèse, aux yeux de M. Gallard, est donc non pas d'avoir causé la mort dans tous ces cas (c'est déjà du terrain de gagné en faveur de ce moyen de traitement), mais d'avoir été impuissante à l'empêcher.

Mais jamais personne, ici ou ailleurs, a-t-il présenté la thoracentèse comme infaillible, même dans les cas les mieux indiqués? En vérité, à quels moyens la thérapeutique serait-elle réduite si nous ne devons appliquer que ceux dont nous pourrions garantir la constante et inévitable efficacité.

Je ne vois encore rien dans l'argumentation de M. Gallard qui doive nous faire renoncer à l'emploi de la thoracentèse dans les cas de pleurésies récentes.

J'arrive à M. Woillez. — J'éprouve, je l'avoue, un certain embarras à savoir si je dois décidément le classer parmi les adversaires de la thoracentèse. En effet, voici la première conclusion de son dernier discours (séance du 13 avril 1864) :

1° La thoracentèse n'est pas par elle-même très dangereuse ; mais, dans certains cas exceptionnels, elle peut cependant occasionner la mort.

Il n'est pas trop malveillant, comme vous le voyez ; cependant, il admet encore la mort comme fait exceptionnel.

Pour démontrer son dire, il s'est adressé à la statistique. Je n'oppose, quant à moi, aucune fin de non-recevoir à ce moyen. On a été, ici même, bien dur pour la méthode numérique dans une ancienne discussion sur la thoracentèse. On a été très dédaigneux pour elle dans beaucoup d'autres cas, mais je ne m'en émeus ni ne m'en indigne. Je persiste à la trouver très bonne ; je l'estime, je l'aime, je la pratique et continuerai de la pratiquer sans me croire pour cela inepte ou stupide, et sans attribuer non plus aux nombres la moindre vertu cabalistique. Mais j'avoue que, pour me faire le champion de la statistique, je la veux rigoureuse et précise. Examinons les arguments statistiques de notre excellent collègue.

Il a d'abord mis en avant des chiffres empruntés à M. Bowditch, de Boston (1). Mais, je lui en demande pardon, les chiffres de M. Bowditch ne sont que confusion déjà dans l'original, cela devient bien pis encore quand on en présente seulement le résumé final. Les 75 malades qui ont amené 150 ponctions étaient atteints des formes les plus diverses de pleurésie, puisque, par exemple, les épanchements purulents figurent pour le chiffre de 39 sur les 75 cas, et qu'on mentionne une observation de pleurésie avec gangrène. Cette statistique, assez obscurément présentée et sans résultat bien rigoureusement exprimé, parle cependant de 39 guérisons immédiates. Elle a, du reste, amené M. Bowditch à cette conclusion : qu'il ferait la ponction de la poitrine aussi volontiers qu'il arrache une dent ou qu'il vaccine un enfant. Malgré cette conclusion si favorable à l'opération, et qui montre si bien le peu de danger que lui attribue notre confrère d'Amérique, cette statistique n'a aucune valeur dans la question qui nous occupe, comme je le faisais remarquer dans une des premières séances de cette discussion.

M. Woillez nous en a donné une autre qu'il a relevée lui-même. Hé bien, je suis désolé d'avoir tout d'abord à faire à cette dernière statistique le reproche que j'adressais à celle de M. Bowditch. M. Woillez a réuni 127 observations de sujets opérés par la thoracenthèse, et il nous donne comme dernier résultat que 42 sont morts, soit le tiers des malades. Il n'accuse pas la thoracentèse de ce résultat, et il a bien raison, car dans ces 127 cas on trouve, comme vous allez voir, bon nombre d'exemples absolument disparates. Ainsi, comme dans la statistique du médecin de Boston, M. Woillez a réuni des cas chroniques, des exemples de pleurésies symptomatiques, etc. ; c'est la même confusion, partant la même absence de valeur pour ce chiffre accusateur : un tiers d'insuccès, un tiers de mort.

M. Woillez l'a bien senti, car il est allé plus loin, il a catégorisé ces faits et a étudié les résultats dans chaque catégorie. Mais vous trouverez probablement, avec moi, que les bases qu'il

(1) *American journal of medical sciences*, january 1863.

a adoptées laissent beaucoup à désirer touchant la question qui s'est posée devant la Société, touchant la question telle que je l'ai limitée tout d'abord.

Il a catégorisé, en effet, les observations qu'il a analysées d'après la nature du liquide évacué par la thoracentèse. Or, il faut tout d'abord rejeter les cas d'épanchements séro-sanguins, séro-purulents, purulents, liquides et gazeux, pour s'en tenir aux seuls épanchements séreux. Il me faut faire cette élimination, si je veux ramener le travail de M. Woillez à la même langue que celle que je parle ici; sans rien retirer, bien entendu, de la valeur que peuvent avoir à d'autres points de vue les résultats qu'il nous a présentés, notamment sur les épanchements purulents.

Et même comme vous allez le voir, en nous en tenant aux seuls épanchements séreux, le point de départ puisé dans la nature du liquide est défectueux quand il s'agit de rechercher la valeur de la thoracentèse, au point de vue qui nous occupe.

En effet, nous restons en présence de 54 exemples, sur lesquels 45 guérisons et 9 morts. Or, dans ces 9 malades morts après l'extraction par la thoracentèse de liquide séreux, l'opération, M. Woillez le confirme lui-même, n'a été pour rien dans l'issue fatale; ce sont, en effet, soit des cas de pleurésie symptomatique d'un cancer de la plèvre, d'un cancer du poumon, ou des cas compliqués d'hydro-péricarde, des exemples de pleurésie double, enfin, des observations dans lesquelles l'air a pénétré largement dans la plèvre, et aussi l'exemple cité par M. Ch. Bernard, avec lésion du péritoine à travers le diaphragme.

Dans tous ces 9 cas, la thoracentèse est innocente de l'insuccès; elle était notoirement et à l'avance insuffisante, ou elle a été l'occasion de malheurs attribuables aux opérateurs et non à l'opération.

Les autres 45 cas ont tous été suivis de guérison. Que leur reproche donc M. Woillez? Oh! tout simplement de n'avoir pas été des cas de thoracentèse *dits de nécessité* (cela ne s'est présenté que 9 fois). Ces ponctions étaient inutiles, dit-il, car on a ponctionné 15 fois avant le seizième jour, 8 fois du seizième au vingt et unième jour. Et il déclare qu'il lui paraît certain qu'on aurait dû attendre. La crainte même d'une mort subite ne saurait, selon lui, autoriser cette opération avant le vingt et unième jour, parce qu'on doit croire qu'on aurait pu guérir par les seuls moyens médicaux dans la plupart des cas. En vérité, M. Woillez est bien dur envers ces cas de guérison! Car guérison il y a. Mais c'est pour éviter les chances de mort subite; c'est pour éviter la venue d'accidents graves; c'est pour diminuer la durée de la maladie qu'on conseille d'opérer! M. Woillez peut-il assurer que rien de tout cela ne serait survenu dans aucun de ces 45 cas de guérison si on n'avait pas pratiqué la thoracentèse? Non, il ne le peut pas, et, en vérité, je ne vois pas ce qu'il peut objecter de sérieux à 45 guérisons sur les seuls 45 cas de pleurésie récente qu'il a trouvés opérés par la thoracentèse. Il se félicite de n'avoir pas pratiqué cette opération sur 15 de ses malades qui ont guéri sans cela; cela eût fait 15 succès de plus, dit-il, et le traitement médical a suffi. Bien sincèrement, si ses 15 malades ont présenté des épanchements qui diminuaient rapidement sous l'influence des moyens médicaux ordinaires, il n'a pas beaucoup à se réjouir de ne pas les avoir opérés; sur de semblables malades, les personnes qui ont soutenu ici la thoracentèse auraient agi comme lui. Si, au contraire, plusieurs de ces pleurésies étaient plus graves, il a été hardi, il a joué gros jeu, et il a plus à se réjouir de n'avoir pas

perdu ses malades que de ne pas les avoir opérés. L'observation de M. Archambault, qui a servi de point de départ à toute cette discussion, est là pour lui prouver qu'il aurait pu facilement avoir un tel chagrin.

Ce qui reste des arguments numériques de M. Woillez c'est que, sur 45 cas de pleurésie récente opérables et opérés par la thoracentèse, il a relevé 45 guérisons. Ce n'est pas ce résultat qui plaidera bien fort contre cette opération et qui devra nous faire abandonner son usage.

Si j'éprouvais quelque incertitude à bien préciser dans ce débat l'attitude de M. Woillez, je suis encore bien plus embarrassé pour savoir comment et où placer notre excellent collègue M. Chauffard. Ainsi il accepte que, lorsqu'il faut opérer, on doit, comme M. Hérard et moi l'avons dit, attendre un moment qui est, en général, placé entre le neuvième et le onzième jour (séance du 24 février 1864). Il concède que « les accidents immédiats de la thoracentèse » sont certainement nuls et de peu d'importance. » (Séance du 23 mai.)

C'est là, certes, se ranger parmi les partisans de la thoracentèse. Mais il se hâte d'ajouter que les moyens ordinaires (saignée, diurétiques, exutoires cutanés) suffiraient d'habitude. Donc, malgré sa confiance en ces derniers moyens, il opérerait dès le onzième jour pour un épanchement qui resterait stationnaire.

M. Chauffard qui, au fond, est moins tendre pour la thoracentèse qu'on pourrait le penser tout d'abord, ne s'en tient pas là. Il croit qu'il y a des accidents consécutifs qui appartiennent en propre à cette opération, et, parmi eux, le principal est, selon lui, la transformation de l'épanchement séreux en épanchement purulent. Ce n'est pas, remarquez-le bien, tout à fait le même reproche que celui que formulait M. Goupil à l'aide des faits que j'ai analysés plus haut et dont j'ai cherché à montrer l'insuffisance. M. Goupil, bien à tort, vous avez pu vous en convaincre, avait vu, dans ces exemples, la preuve de ceci que la thoracentèse pouvait rendre chroniques des épanchements aigus ; M. Chauffard croit qu'elle peut rendre purulents des épanchements séreux.

Quel fait a-t-il apporté à l'appui de son opinion ? Un exemple qui, malheureusement, ne peut être accepté avec la valeur qu'il lui donne. Le malade dont il a lu l'observation à la Société n'avait pas une pleurésie récente simple. Il était atteint de tubercules pulmonaires. « Les sommets des deux poumons présentaient des tubercules, dont quelques-uns étaient » ramollis et les autres, en plus grand nombre, caséeux et fermes. Quelques tubercules étaient » disséminés dans le reste du poumon. Il en existait également dans les scissures interlobulaires du poumon droit. »

Le fait est, vous en conviendrez, assez mal choisi pour mettre à la charge de l'opération la transformation purulente de l'épanchement qui s'était reproduit après la thoracentèse. Est-ce que la présence de tubercules dans les deux poumons, de tubercules ramollis, n'est pas une circonstance beaucoup plus importante que la thoracentèse pour expliquer la conversion purulente de cet épanchement. C'était là une véritable phlegmasie secondaire ? Or, on sait avec quelle facilité les phlegmasies de cette sorte entrent en suppuration. Ce fait ne prouve donc absolument rien de ce que M. Chauffard voulait lui faire dire, d'autant plus qu'il trouvera difficilement d'autres exemples de pleurésie récente, dans laquelle une ponction ait entraîné la conversion purulente de l'épanchement.

Ainsi, l'exemple présenté par notre excellent collègue, qui accepte le peu d'importance des accidents prochains de la thoracentèse, n'a absolument rien démontré touchant l'existence des accidents consécutifs qui, selon lui, appartiennent en propre à la thoracentèse, et notamment touchant la transformation de l'épanchement séreux en épanchement purulent par le fait de cette opération.

Que reste-t-il donc des différents reproches adressés dans cette discussion à la thoracentèse pratiquée comme moyen de traitement des épanchements pleurétiques récents? Rien, comme vous l'a montré l'examen attentif des exemples mis en avant.

Et les partisans de la thoracentèse, MM. Archambault, Mourtard-Martin Hérard et moi, que disons-nous de notre côté?

Que cette opération, pratiquée avec les précautions convenables, n'offre aucun danger.

Qu'elle est le meilleur moyen de prévenir beaucoup de ces morts subites observées dans les pleurésies récentes.

Et relativement à ces morts subites, il faut bien remarquer que, d'après les faits observés jusqu'ici, elles n'ont pas lieu par un mécanisme toujours identique, mais que cependant, pour tous les cas qui peuvent se rencontrer, le rétablissement du jeu d'un poumon est une circonstance dont on ne saurait nier la valeur.

Ainsi, j'ai insisté sur la complication péricardique observée dans un certain nombre de cas. Mais dans cette combinaison d'influences pathologiques la part de la péricardite est loin d'être aussi importante que celle de l'épanchement pleural. Aucun doute n'est permis à ce sujet. L'épanchement péricardique complète le danger en quelque sorte, mais sans l'existence de l'épanchement pleural déjà grave, celui du péricarde n'aurait pas une importance si capitale; l'étude de la péricardite et de son pronostic est là pour le démontrer pleinement. Enlever l'épanchement pleural, c'est donc enlever la chance principale de mort.

Quant aux concrétions sanguines du cœur et des gros vaisseaux, j'ai déjà établi que la suppression de la respiration dans un poumon tout entier ne pouvait être indifférente pour leur production. Donc, faire cesser la gêne de la respiration en enlevant l'épanchement est, encore ici, remplir une indication capitale.

Enfin, chez beaucoup de malades, cette mort subite a lieu par une syncope survenant, comme dans les cas cités par M. Pidoux, au milieu d'une asphyxie lente, graduelle, qui ne détermine aucune dyspnée appréciable, asphyxie analogue à celle que Bichat produisait par une respiration insuffisante. Les remarques de M. Claude Bernard, sur la désoxygénation des globules du sang, et sur leur peu d'aptitude à absorber de nouveau l'oxygène quand ils l'ont perdu en certaine proportion, sont encore bonnes à méditer ici. Elles donnent peut-être bien, pour une part, l'explication de cette asphyxie à forme tout à fait calme, sans dyspnée, qui résulte en quelque sorte de l'empoisonnement veineux universel, lequel entraîne l'insensibilité graduellement croissante, et partant l'absence de la dyspnée, que l'anhémosie devrait déterminer. Dans beaucoup d'autres affections encore, cette asphyxie lente joue un rôle trop méconnu et souvent bien mal interprété.

Qui pourrait, dans ces cas, et ils ne sont pas rares, nier l'utilité de la thoracentèse?

Nous disons que, souvent, cette opération guérit beaucoup plus rapidement que les moyens ordinaires. Nous vous avons cité des faits dans lesquels la guérison immédiate a suivi

l'opération. Ces exemples ne sont pas rares. La première thoracentèse que j'aie vu pratiquer à mon excellent maître, M. le professeur Trousseau, a eu cette suite heureuse : 1,500 grammes de sérosité furent tirés à une nourrice qui fut guérie sur-le-champ. Je vous citais, dans le commencement de cette discussion, un cas semblable que j'ai observé à l'hôpital Beaujon.

Nous vous disons encore que, dans les cas où l'épanchement est considérable et remplit tout un côté de la poitrine, même alors que la mort n'est pas imminente, la thoracentèse, opération dont nous connaissons et dont nous pouvons bien affirmer l'innocuité, est encore un moyen précieux même alors qu'elle ne guérit pas le malade instantanément, comme dans les exemples précédents. Elle abrège souvent, selon nous, la durée de la maladie en diminuant la quantité de l'épanchement qui doit être résorbé, et, en permettant le déplissement, même incomplet, même momentanément, du poumon, elle aide à ce qu'il ne soit pas entouré par des fausses membranes inextensibles, par ces coques fibreuses observées le trente-neuvième jour, par exemple, dans un des faits de la thèse de M. Négrié.

On a voulu, dans la discussion, fixer deux points particuliers qui ne me paraissent guère susceptibles de l'être avec précision. A quel moment opérerez-vous, nous ont dit les adversaires de l'opération que nous recommandons? Quel délai fixez-vous? Quel jour choisissez-vous? Messieurs, on ne peut rien préciser à cet égard, car les indications varient selon les malades et selon les symptômes qu'ils présentent. On a beaucoup insisté pour trouver l'adjectif qualificatif qui devait être adopté. Dira-t-on épanchement *considérable* ou épanchement *excessif*? Rien non plus qui puisse être grammaticalement précisé à cet égard. Selon nous, l'une ou l'autre épithète est bonne.

En mettant de côté les cas dans lesquels la mort paraît imminente, cas où la thoracentèse est considérée par tout le monde, et d'un commun accord, comme indispensable, quelque douteux que soit son résultat;

Nous croirons la thoracentèse indiquée et nous proposerons de la pratiquer :

— Toutes les fois qu'il nous paraîtra que l'épanchement très abondant ne diminue pas promptement sous l'emploi des moyens ordinaires, à plus forte raison s'il augmente;

— Toutes les fois que le sujet nous paraîtra trop délicat, trop faible pour pouvoir supporter le long travail de résorption d'un épanchement occupant complètement ou presque complètement tout un côté de la poitrine;

— Toutes les fois que, alors que l'épanchement étant seulement assez abondant, nous trouverons dans le poumon opposé une cause de gêne respiratoire, comme une bronchite, un certain degré d'œdème, etc.;

— Toutes les fois que nous croirons avoir affaire à un sujet prédisposé à la phthisie pulmonaire, sans que nous puissions en constater l'existence, ou même alors que nous en trouverons la preuve, soit du côté occupé par l'épanchement abondant, soit du côté opposé. Ce dernier cas est certainement moins favorable, nous le reconnaissons volontiers.

Pour pratiquer l'opération, nous attendrons, en général, s'il est possible, que l'ensemble des phénomènes inflammatoires soit diminué, s'il existait, et c'est ordinairement du neuvième au onzième jour de la maladie que nous comptons voir cet apaisement. M. Moutard-Martin n'attache même pas une grande importance à cette condition.

Mais nous insistons beaucoup sur ce point que cet orgasme inflammatoire manque presque

complètement ou du moins est très peu exprimé dans bon nombre d'épanchements abondants, et que c'est justement dans ces cas que les morts subites sont le plus fréquentes, comme ce sont eux qui guérissent le mieux par la thoracentèse. Repousser l'opération, en semblable occurrence, à cause du peu de gravité apparente de la maladie et parce qu'on n'observe alors ni dyspnée violente, ni asphyxie imminente, serait donc, selon nous, une faute grave pour le médecin et un danger pour le malade. Ces cas, pour avoir une expression symptomatique atténuée, n'en sont pas moins des phlegmasies de la plèvre. Ce sont les phlegmasies que peuvent manifester les sujets peu résistants qui les portent; leur passivité même est souvent un obstacle à la guérison par les moyens ordinaires. Peu capables d'une absorption salutaire, on doit aider ces malades dans leur besogne, et la thoracentèse leur apporte cette aide indispensable.

Je disais tout à l'heure que la thoracentèse *bien faite* était une opération sans danger dans les cas de pleurésie récente. Nous attachons, en effet, mes collègues et moi, une grande importance au manuel opératoire. Nous n'admettons pas, pour la curation des pleurésies récentes, d'autres procédés de thoracentèse que ceux qui assurent l'impossibilité absolue de l'entrée de l'air dans la poitrine. C'est là, à notre sens, une condition capitale. On a bien pu signaler, dans certains cas, l'innocuité de l'introduction de l'air, nous croyons ces cas exceptionnels.

Nous croyons que la canule simple, garnie, selon le procédé de M. Reybard, de baudruche mouillée qui fait fonction de soupape, est le meilleur appareil et vaut mieux que tous les robinets proposés, quelque ingénieux qu'ils paraissent.

Nous croyons également utile de ne pas ouvrir par une ponction parallèle la cage thoracique et la peau, et nous déplaçons cette dernière membrane avant la ponction, de façon à la faire concourir, par son retour à sa place première, à l'occlusion de l'ouverture pratiquée dans l'espace intercostal, et à représenter ainsi une sorte de ponction sous-cutanée de la plèvre.

Nous repoussons, par conséquent, l'ouverture de la cavité avec le bistouri, la présence de canules à demeure, celle de sondes en caoutchouc, ou de tubes, quels qu'ils soient, destinés à amener un écoulement mesuré et ralenti.

Enfin, sans craindre beaucoup le choc du poumon contre la canule, dans les quintes de toux qui signalent le déplissement du poumon, j'avoue que je n'aime pas prolonger très longtemps la présence de la canule en pareille occurrence; que je cherche à l'incliner le plus possible, pour la présenter de champ et non pas perpendiculairement au poumon, et que je la retire volontiers, dût une petite quantité du liquide rester encore au fond de la plèvre. Le poumon est déplissé, la majeure partie du liquide est évacué, j'ai obtenu les résultats que je souhaitais. L'action de la canule sur la plèvre viscérale serait alors, à mon sens, plus nuisible que ne serait utile l'évacuation des quelques grammes de sérosité qui restent.

Voilà, Messieurs, ce que nous croyons acquis par l'expérience et confirmé par la discussion. Nous persistons à croire que nous ne nous faisons aucune illusion, comme semblait le craindre un de nos collègues. Nous vous avons indiqué, ici, les avantages que nous avons retiré de l'opération que nous préconisons; il va sans dire que nous n'avons laissé dans l'ombre aucun revers, car nul de nous n'a pu, dans notre Société, prendre pour soi des paroles que j'ai regretté, pour ma part, d'entendre prononcer et de voir publier.

Nous persistons à dire que nul fait n'est venu prouver que nous nous trompons sur l'innocuité définitive de la thoracentèse.

Nous n'avons rien exagéré à ce sujet ; nous ne poussons pas, comme l'a fort bien dit notre excellent collègue M. Chauffard, à l'abus pour obtenir un sage emploi. Mais nous avons tenu à ne pas laisser incriminer la thoracentèse à l'aide de faits peu probants, parce que nous sommes convaincus que, si tout autour de nous et dans nos services, il y a des ardeurs irresponsables qu'il faut plutôt contenir que stimuler, il y a ailleurs, en dehors de nos hôpitaux, d'honnêtes consciences encore timorées et inquiètes touchant l'emploi de ce moyen de traitement. C'est pour elles que nous avons parlé, afin qu'elles ne soient pas effrayées par la mention de dangers qui restent encore à démontrer, et qu'elles ne reculent pas devant une opération qui pourrait sauver des malades sur lesquels les moyens ordinaires resteraient impuissants. Si nous avons beaucoup insisté, c'est que la valeur même de nos adversaires et le crédit qui s'attache si légitimement à leurs paroles faisaient une nouvelle nécessité à notre insistance.

Le doute exprimé par notre collègue M. Archambault, à propos du malade qui a été l'occasion de cette discussion, prouve bien d'ailleurs qu'il y a lieu de ne pas trop détourner de l'emploi de la thoracentèse.

En résumé, avec les restrictions et les précautions que nous avons indiquées, cette opération nous semble, à mes honorables amis et à moi, devoir être sérieusement recommandée dans le traitement des épanchements pleurétiques récents. Il nous paraît évident que rien n'a été dit qui prouve qu'elle soit dangereuse en soi-même.

Elle peut, comme tout autre moyen de traitement, avoir l'inconvénient de ne pas être infaillible. Cela, nous le confessons volontiers, mais nous ne confessons rien de plus.

